

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES RUPTURES DE L'UTÉRUS AU COURS DES GROSSESSES ANGULAIRES

THÈSE

présentée et publiquement soutenue
devant la faculté de Montpellier, le 22 Juillet 1942
pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine

par

Guy VERDIER

né le 2 Mai 1914 à La Garenne Colombes (Seine)

Interne des Hôpitaux de Nîmes

Examineurs de la thèse	{	MM. LAPEYRE, professeur, <i>président</i>	{	<i>assesseurs</i>
		BOUDET, professeur		
		ROUX, agrégé		
		CADERAS DE KERLEAU, agrégé		

NIMES

IMPRIMERIE CHASTANIER FRÈRES ET ALMÉRAS

12, Rue Pradier, 12

1942

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES RUPTURES DE L'UTÉRUS AU COURS
DES GROSSESSES ANGULAIRES**

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES RUPTURES DE L'UTÉRUS AU COURS DES GROSSESSES ANGULAIRES

THÈSE

présentée et publiquement soutenue
devant la faculté de Montpellier, le 22 Juillet 1942
pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine

par

Guy VERDIER

né le 2 Mai 1914 à La Garenne Colombes (Seine)

Interne des Hôpitaux de Nîmes

Examineurs de la thèse	{	MM. LAPEYRE, professeur, <i>président</i>	{	<i>assesseurs</i>
		BOUDET, professeur		
		ROUX, agrégé		
		CADERAS DE KERLEAU, agrégé		

NÎMES

IMPRIMERIE CHASTANIER FRÈRES ET ALMÉRAS

12, Rue Pradier, 12

1942

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Chaires :	
Anatomie	MM. J. DELMAS.
Histologie	TURCHINI.
Physiologie	HEDON.
Chimie biologique médicale et toxicologie	CRISTOL.
Physique médicale	PECH.
Anatomie pathologique et médéc. expériment.	BAUMEL.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	PAGES.
Thérapeutique et matière médicale	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH.
Hygiène	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL.
Pathologie médic. et clin. propédeutique	BOULET.
Clinique médicale	L. RIMBAUD.
Clinique chirurgicale	GIRAUD, doyen
Clinique obstétricale	MASSABUAU, assesseur.
Clinique des maladies ment. et nerveuses	RICHE.
Clinique des malad. des enf. et hyg. du 1 ^{er} âge	P. DELMAS.
Clinique de dermato-syphiligraphie	EUZIERE, doyen hon.
Clinique chirurgic. infantile et orthopédie	BOUDET.
Clinique des maladies des voies urinaires	MARGAROT.
Clinique gynécologique	ETIENNE.
Clinique ophtalmologique	JEANBRAU.
Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale	LAPEYRE.
Charges de cours :	DEJEAN.
Anatomie	TERRACOL.
Histologie	LAUX.
Radiologie	GRANEL.
Propédeutique chirurgicale	LAMARQUE.
	AIMES.

Professeurs honoraires

MM. TEDENAT, FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS, CABANNES,
GALAVIELLE, VIRES, BOSC, VILLARD, GRYNFELTT.

Chargés d'enseignements complémentaires

MM.	MM.
Chimie..... MONNIER, agrégé.	Clinique de la tuber-
Microbiologie..... CARRERE, agrégé	culose..... VIDAL, professeur.
Histoire nat. médic. HARANT, agrégé.	Pathologie chir..... MOURGUE-
Pharmacologie..... HARANT, agrégé.	MOLINES, agr.
Pathologie médicale BOUCOMONT, agr.	— —..... TRUC, agrégé.
— BERT, agrégé.	Chirurgie expérim. GUIBAL, agrégé.
Propédeutique méd. P. RIMBAUD, agr.	Médecine opérat..... ROUX, agrégé.
Clinique interne PUECH, professeur	Accouchements..... CADERAS
Clinique des malad. JANBON, professeur.	DE KERLEAU, agr.
contagieuses.....	Stomatologie..... N...

Agrégés en exercice

MM.	MM.
Médecine..... P. RIMBAUD.	Chirurgie..... MOURGUE-
— BOUCOMONT.	MOLINES.
— BERT.	— GUIBAL.
— LAFON, chargé d'agr.	— ROUX.
Chimie..... MONNIER.	Urologie..... TRUC.
Bactériologie..... CARRERE.	Accouchements..... CADERAS
Histoire nat. médic. HARANT.	DE KERLEAU, v

Examineurs de la thèse

MM. LAPEYRE, professeur, président.
BOUDET, professeur.
ROUX, agrégé.
CADERAS DE KERLEAU, agrégé.



A MA FEMME

*dont l'affection et le dévouement
m'ont toujours encouragé dans
mon travail.*

A MES PARENTS ET BEAUX-PARENTS

*dont les sacrifices m'ont permis
de mener à bien mes études.*

A MA FAMILLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAPEYRE

Professeur de Clinique Gynécologique

*dont les conseils nous ont guidé
dans notre travail, et qui nous fait
l'honneur de présider notre thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BOUDET
Professeur de Clinique des Maladies des Enfants
et d'Hygiène du Premier âge

*dont nous avons suivi l'enseigne-
ment si profitable dans les six
mois passés à son service comme
externe provisoire.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE ROUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE
CADERAS DE KERLEAU

*qui nous font l'honneur de juger
notre thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DELORD

Chirurgien-chef des Hôpitaux de Nîmes

*en témoignage de notre reconnaissance
pour ses conseils et ses
soins.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE NIMES

Respectueux hommage.

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. ROBIN

*à qui nous devons notre vocation
médicale.*

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A TOUS MES AMIS

INTRODUCTION

Pendant notre internat dans les Hôpitaux de Nîmes, nous avons été souvent amené à examiner des syndromes d'hémorragie interne chez la femme, presque tous dus à une complication survenue au cours d'une grossesse extra-utérine.

Un de ces cas nous avait frappé par sa rapidité d'évolution, sa gravité et sa cause : c'était une rupture de l'utérus au cours d'une grossesse angulaire.

Notre Maître, le Professeur LAPEYRE, à qui nous rapportions le cas, nous signala un cas encore plus typique qu'il avait eu dans son service et nous engagea à fouiller la question.

Au cours de nos recherches bibliographiques parmi les travaux nombreux que nous avons trouvés sur les grossesses angulaires et leurs complications, nous n'avons trouvé que trois cas de rupture de l'utérus.

Par contre, en plus des deux premières observations originales que nous possédions déjà à Nîmes, nous en avons trouvé que deux cas de rupture de l'utérus.

Par contre, en plus des deux premières observations originales que nous possédions déjà, à Nîmes nous en avons trouvé deux autres, dont une très récente puisque la malade fut opérée le 7 avril 1942.

C'est devant le résultat de ces recherches que nous avons décidé de faire de ce travail notre thèse inaugurale.

EXPOSÉ DU PLAN

Nous diviserons en trois parties :

- 1) Observations,
- 2) Etude clinique,
- 3) Conclusions.

La première partie sera la relation des quatre observations originales que nous avons recueillies et les deux (antérieures) que nous avons trouvées dans la littérature.

Nous commencerons notre étude clinique par un rappel historique qui situera la question et permettra de donner une définition.

Ensuite, après des données succinctes d'anatomie pathologique portant sur la nidation vicieuse de l'œuf et le mécanisme de la rupture, nous envisagerons quelques éléments étiologiques.

La symptomatologie sera envisagée à propos de la grossesse angulaire et de la rupture.

Puis nous étudierons le diagnostic et le pronostic.

Enfin nous essaierons de tirer quelques conclusions de ce travail.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PRINCEPS.— N° I

(Due à l'obligeance de M. le Professeur N. LAPEYRE)

Le 11 octobre 1939, Madame R..., entre salle Espéronnier pour transfusion de sang, avec le diagnostic d'anémie aigüe. L'interne de garde appelé à son chevet, constate une pâleur cireuse des téguments et un état de torpeur prononcé ; le pouls est incomptable et la tension artérielle impossible à prendre. La malade est couverte de sueurs froides et sa température est à 35°6 ; l'attention est attirée vers l'abdomen qui est douloureux spontanément.

Interrogée rapidement, la malade nous apprend que dans la nuit du 9 au 10 octobre, elle a été prise d'une douleur abdominale brutale suivie d'une syncope. La journée du 10, s'est passée sans incidents. Le 11, à 9 h. du matin, nouvelle douleur vive abdominale suivie de nouveau de malaises à tendance syncopale et ce n'est que 15 heures plus tard qu'elle arrive à l'hôpital. La malade présentait depuis trois mois des signes subjectifs de grossesse ; elle aurait eu le 8 août quelques pertes rouges.

EXAMEN :

L'abdomen assez souple respire mal et est douloureux surtout à droite sans cependant présenter de points électifs : toucher vaginal très douloureux.

L'examen des autres appareils ne retient pas ; on pense à une rupture de grossesse extra-utérine et on en appelle à Monsieur le Professeur LAPEYRE.

A la suite de son examen, Monsieur le Professeur LAPEYRE, qui ayant trouvé un empâtement des culs de sacs avec douleur très vive du Douglas, a posé le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue avec inondation péritonéale, décide d'intervenir immédiatement. Cependant, vu l'état précaire de la malade, il est pratiqué avant l'intervention, une transfusion sanguine de 150 grs et une injection intraveineuse de 500 cc de sérum adrénaliné.

INTERVENTION (Opérateur Pr. LAPEYRE).

Anesthésie générale superficielle à l'éther.

Laparotomie sous ombilicale médiane. Paroi exsangue, ne saigne pas. Le péritoine ouvert, des caillots apparaissent entre la paroi et l'épiploon et au dessous du grand épiploon. Celui-ci est vivement récliné, la malade mise en position de Trendelenburg, les caillots sont extraits, le sang liquide qui les environne épongé, et l'on se rend compte immédiatement qu'il s'agit d'une rupture utérine de la corne droite ayant laissé s'échapper dans la cavité péritonéale le fœtus et une partie du placenta.

Rien ne saigne ; l'utérus est de couleur blanche ; on se débarrasse du fœtus qui est enveloppé de caillots qui lui adhèrent et le recouvrent et on procède à une hystérectomie subtotale très rapidement faite. Les artères utérines sont aplaties ne donnant pas, la section utérine ne saigne pas.

Les ligatures faites et le moignon cervical suturé, on fait une péritonisation rapide.

A ce moment la malade paraît aller mieux qu'au début de l'intervention, elle commence à geindre et à remuer.

On lui donne un peu plus d'éther pour permettre la fermeture de la paroi, mais immédiatement elle cesse de respirer. On arrête toute anesthésie, on fait les injections de pressyl et d'éther sous-cutané et l'on commence la respiration artificielle qui se continue pendant plus d'une heure en l'interrompant de temps à autre pour voir si les mouvements spontanés reprennent. Quelques inspirations spontanées se produisent chaque fois que l'on suspend la respiration artificielle, mais elles durent à peine 2 à 3 minutes, puis l'arrêt respiratoire se poursuit. On refait des injections de sérum adrénaliné et d'adrénaline intracardiaque, mais après chaque essai de respiration spontanée, on constate que les mouvements respiratoires spontanés deviennent de plus en plus précaires et finalement ne reprennent plus.

La respiration artificielle est arrêtée vers minuit, la malade ayant succombé et tout essai de ranimation paraissant impossible.

EXAMEN DE LA PIÈCE OPÉRATOIRE

L'examen macroscopique montre l'intégrité absolue des ovaires et des trompes à droite et à gauche. Par contre, sur l'utérus, on trouve une solution de continuité, longue de 4 à 5 cm dirigée d'avant en arrière, située en dedans de la corne droite et de l'insertion du ligament rond livrant passage à une partie du placenta.

L'examen microscopique (coupe de l'utérus au niveau de la brèche) montre par ailleurs que l'autre partie du placenta occupe la corne utérine, et qu'il ne s'agit nullement d'une grossesse développée dans la partie interstitielle de la trompe mais bien d'une grossesse topique angulaire.

OBSERVATION N° II

(Due à l'obligeance des Docteurs DELORD et GAUJOUX)

Madame D... Joseph, 30 ans, Nîmes.

HISTOIRE DE LA MALADIE :

Le 12 avril 1928, la malade ressent des petites douleurs au milieu du ventre, surtout en marchant. Le Docteur GAUJOUX consulté, reconnaît qu'il y a un état de grossesse de 1 mois 1/2 environ.

Le 20 avril au matin, la malade s'aperçoit qu'elle a quelques petites pertes rouges, sans douleurs ; le soir à 8 heures, expulsion d'une membrane du volume d'une noix (caduque).

A partir de ce moment-là, sans avoir de vraies hémorragies, elle a quelques petites pertes rouges, « comme lorsqu'elle était indisposée », nous dit-elle.

ANTECEDENTS :

A un enfant de sept ans bien portant.

Pas d'avortement.

Mari atteint de bacillose pulmonaire : n'a jamais eu de B. K. dans les crachats.

Le 1^{er} mai 1928, douleur vive dans le ventre, que la malade attribue à une absorption de gâteaux à la crème 2 heures auparavant.

EXAMEN :

Appelés aussitôt, nous constatons un pouls filant, à peine perceptible, un abdomen ballonné, très douloureux dans la partie inférieure, avec matité dans les flancs, un col mou et des culs de sacs très douloureux, avec encore de petites pertes rouges. Le diagnostic de grossesse extra-utérine est aussitôt porté, et le transport de la malade en clinique décidé.

Une demie heure après nous sommes rappelés parce que la malade se trouve de plus en plus mal et qu'elle a perdu connaissance ; son pouls ne se perçoit plus ; son état s'est aggravé en essayant de la transporter en voiture. Nous insistons pour son transport immédiat quand même ; faute d'ambulance la malade est transportée dans le fond d'une auto, les membres inférieurs verticaux et la tête basse.

A la clinique, deux litres de sérum artificiel sont injectés sous la peau (l'absence de donneur de sang empêche une transfusion), la pression artérielle qui était impossible à prendre s'élève à 8/6.

INTERVENTION :

Anesthésie générale à l'éther légère. Opérateur : Docteur DELORD.

Une laparotomie sous-ombilicale médiane est faite en position à peine déclive, car un Trendelenburg plus complet arrête la respiration. Un flot de sang rouge

jaillit avec force : nous le recevons en pleine poitrine. Des champs isolent rapidement la matrice, et nous nous rendons compte qu'il s'agit d'une perforation utérine de l'angle droit en dedans du point d'implantation de la trompe. Il y a là un orifice comme le pouce, à bords déchiquetés et noirâtres ; 4 catguts n° 4 prennent en masse les bords de la perforation ; le grand épiploon est fixé sur cette plaie suturée ; il n'est pas touché aux trompes qui sont saines ; 2 drains n° 40 sont placés dans le Douglas.

SUITES OPERATOIRES :

La malade emportée dans son lit rejette par ses drains une quantité invraisemblable de sang.

Sérum artificiel 1 litre dans la nuit, huile camphrée, adrénaline.

L'intervention a été très bien supportée et dès le lendemain, la malade peut être mise en position demi-assise.

Depuis cette intervention, en mai 1929, la malade a subi une appendicectomie pour appendicite chronique, et en 1933 elle a accouché très normalement d'un fort bel enfant.

Revue au mois de mai, Madame D... est en très bonne santé.

OBSERVATION N° III

(personnelle)

Madame R... Yvonne, née G..., 27 ans, de Nîmes.

Le 31 décembre 1940, étant de garde, nous sommes appelé à 23 heures au chevet d'une entrante, qui nous

frappe d'emblée par sa faiblesse extrême. A voix entrecoupée, elle nous raconte que le matin vers 10 heures elle a été prise de violentes coliques, l'ayant obligée à se coucher. La douleur empirant, son docteur a été appelé dans la soirée et a prescrit le transfert immédiat à l'Hôpital.

Les dernières règles ont été normales (28-10-41) et comme antécédents, elle a eu une fausse-couche suivie de curettage en 1938.

EXAMEN :

Etat d'anémie grave : traits tirés, visage cireux, pouls filant, incompressible, tension artérielle impossible à prendre.

L'abdomen est mou, presque pâteux, matité dans les flancs, douleur hypogastrique.

Toucher vaginal : cri du Douglas, rien d'anormal au toucher des culs de sacs.

Le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue est posé à la suite de cet examen et l'on met tout en œuvre pour lutter contre le syndrome anémique pendant les préparatifs de l'intervention : injection sous-cutanée de sérum plus solucamphre, injection de Pressyl.

INTERVENTION :

23 h. 30. Opérateur Docteur FAVOR.

Anesthésie générale à l'éther.

Laparotomie médiane sous-ombilicale ; à l'ouverture de l'abdomen on constate une inondation péritonéale avec sang liquide et caillots très abondants, nettoyage à l'aspirateur ; les annexes gauches sont normales, mais à

droite on constate une déchirure siégeant sur la face antérieure de la corne droite, la trompe parait intacte ; résection cunéiforme de la corne droite ; suture de l'utérus ; paroi en deux plans ; crins à la peau.

SOINS POST-OPÉRATOIRES :

L'état de la malade étant toujours précaire une transfusion est mise en train, mais la malade expire à une heure du matin alors que déjà on avait injecté 300 cc et malgré une injection intra-cardiaque d'adrénaline.

OBSERVATION N° IV

(inédite, due à l'obligeance de M. le Docteur A. DELORD)

Madame F... Adrienne, 28 ans, de Nîmes.

ANTECEDENTS :

Pathologiques : mal de Pott à sept ans et demi, ayant nécessité un traitement par corset plâtré, pendant 14 mois à Palavas (Professeur AIMES) ; guérison sans séquelles.

Physiologiques : réglée depuis l'âge de 14 ans, normalement tous les 30 jours, pendant cinq jours, tâchant cinq ou six serviettes par jour.

Familiaux : père décédé à 64 ans de septuémie, mère décédée à 30 ans de phthisie galopante, frères et sœurs en bonne santé.

HISTOIRE DE LA MALADIE :

Dernières règles du 31 janvier au 5 février 1942.

Durant le mois de février, appétit exagéré avec quelques nausées et un peu de pyrosis.

Le 21 mars, petite perte rosée.

Le 1^{er} avril, quelques coliques dans le bas-ventre.

Le 7 avril, vers 9 heures, après une colique, lipothymie qui oblige la malade à s'étendre demi heure. Vers 16 heures, colique atroce comparée par la malade à un coup de poignard, accompagnée de quelques pertes et suivie d'un évanouissement de courte durée.

A partir de ce moment-là, syncopes très fréquentes ; pâleur du visage, frissons, nez pincé, traits tirés, température à 38°. Pendant la nuit soif intense et refroidissement croissant.

EXAMEN :

Pouls rapide à 130, mou, dépressible.

Tension artérielle 9/6, après transfusion de 300grs de sang dans l'artère fémorale, la veine étant entièrement aplatie et non perceptible.

Contracture abdominale dans la région sous-ombilicale ; douleur vive à la pression, matité dans les flancs.

Toucher du col : léger, mou.

Sensibilité très grande des deux culs de sacs vaginaux.

Mobilisation du col impossible car elle déclanche des douleurs extrêmement vives.

Après injection sous-cutanée de 2 litres de sérum artificiel, un pressyl, et 5cc de soludamphre, opération.

INTERVENTION :

A lieu le 8 avril 1942.

Anesthésie à l'éther très légère.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le péritoine avant son ouverture apparaît par transparence noirâtre (signe certain d'hémorragie intrapéritonéale) ; flots de sang rouge dès l'ouverture du péritoine ; la

région périutérine est remplie de caillots noirâtres ; les deux trompes n'ont rien ; des compresses limitent rapidement la région utérine et nous découvrons à l'angle gauche de l'utérus une perforation comme une pièce de 50 centimes, entourée d'une région utérine tuméfiée, comme une prune noirâtre.

Deux catguts n° 4 ferment cette brèche. La trompe gauche est enlevée et le grand épiploon est fixé sur la suture utérine ; 2 gros drains n° 40 dans le Douglas ; fermeture de l'abdomen aux catguts et aux crins, sur le plan musculaire.

Suites immédiates simples : gaz à la 48^e heure ; le 12 avril hémorragie interne par le vagin ; aussitôt curettage prudent ; enlève la caduque et ses débris placentaires.

Suites normales. La malade sort guérie.

OBSERVATION N° V

Rupture au deuxième mois, Mort
(in thèse MERCIER, Paris 1898)

Le 3 juillet 1898, Monsieur COLINEAU, fut appelé à 4 heures du matin, près d'une femme âgée de 26 ans qui, depuis trois heures éprouvait une colique violente.

Il trouva cette femme se roulant dans son lit et poussant de longs gémissements arrachés par la douleur.

La face est très pâle, la peau couverte de sueurs froides, le pouls petit, inégal, vite et intermittent, le ventre était gros mais ni dur, ni douloureux.

La malade ne put répondre aux questions, qu'en désignant la région hypogastrique et disant avec effort

que c'était là qu'elle souffrait. Le mari dit que, depuis trois semaines ses règles manquaient, qu'elle était mal portante et qu'elle attribuait cet état à une grossesse probable, que la veille elle avait fait un effort sans éprouver aucun symptôme inquiétant. Vers 1 heure du matin elle avait été prise de très fortes coliques, accompagnées de vomissements et suivies de défaillances pendant lesquelles elle était froide comme le marbre.

Pendant ce colloque la femme se tourna sur le côté et mourut.

AUTOPSIE :

A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoula un peu de sérosité et une grande quantité de sang ; après avoir enlevé un très gros caillot qui recouvrait les viscères abdominaux, on trouva un fœtus de deux mois environ, sorti de la matrice par une ouverture qui se trouvait au fond de ce viscère, près de son angle gauche. Le placenta était attaché près de cette ouverture dont les bords étaient minces et frangés. Le viscère était revenu sur lui-même de façon à embrasser exactement le placenta.

Les parois étaient épaisses de 4 à 5 lignes, excepté au niveau de la rupture où dans l'espace de plus d'un pouce de diamètre, elles étaient très amincies.

OBSERVATION N° VI

MM. Jacques-Charles BLOCH et Charles MIRAILLE
(Bulletin et Mémoire de la Société Anatomique de Paris
1924, XC IV, page 383)

Grossesse angulaire rompue avec présentation de pièces

Il s'agit d'une femme de trente ans ayant déjà eu quatre grossesses normales. Après un retard de règles d'une semaine, la malade a fait une hémorragie abondante le 21 et pertes roussâtres le 22 et le 23. Le 24 la malade ressent une douleur très vive dans le bas-ventre qui se calme en 2 heures, puis une nouvelle douleur le 25. Lipothymie.

Le 26 elle entre dans le service avec un ventre ballonné, ne se fixant pas. A l'examen, hyperesthésie cutanée, grosse tuméfaction du Douglas très douloureuse; malade pâle au pouls rapide et petit. A l'ouverture de l'abdomen un caillot de 400 grs emplissant le Douglas et repoussant en haut les anses grêles.

Ablation de la trompe droite avec résection cunéiforme de la corne droite. Suites opératoires excellentes.

HISTORIQUE

Dans cet historique, nous trouverons surtout l'Ecole Montpelliéraine et l'Ecole Parisienne.

C'est, en effet, le 8 mars 1893 que le Professeur TEDENAT communique à la Société de Médecine et de Chirurgie de Montpellier le cas d'une grossesse à évolution particulière : à un premier examen au cours des premiers mois de la grossesse, l'auteur avait posé, après un examen très poussé, le diagnostic clinique de grossesse extra-utérine : mais au bout de quelques jours il eut la surprise de voir rétrocéder les symptômes qui laissèrent la place à une grossesse normale. L'accouchement fut normal et eut lieu à terme.

Le 19 avril de la même année, le Professeur PUECH de cette même Ecole Montpelliéraine, à son tour, communique le cas d'une grossesse normale simulant une grossesse extra-utérine : l'observation était analogue à celle de la malade du Professeur TEDENAT ; au début signes cliniques de grossesse extra-utérine, puis évolution vers grossesse normale, la tumeur constatée au premier examen se confondant peu à peu avec l'utérus ; l'accouchement, qui eut lieu à terme, fut normal, mais on dut pratiquer la délivrance artificielle qui fut difficile, le placenta étant enchatonné dans une corne utérine, du côté où précisément se trouvait la tumeur du début.

Voilà quels sont les faits qui furent rapportés à Montpellier en 1893. Où en était à ce moment-là la question du lieu de la nidation de l'œuf ?

Jusqu'au XIX^e siècle on n'admettait dans la classification des grossesses que deux divisions : utérines et extra-utérines.

En 1801, W. SCHMIDT attira l'attention sur le fait qu'une grossesse pouvait se développer dans la partie intersticielle de la trompe.

JACQUEMIER, en 1846, fait un pas de plus et admet que l'œuf, après sa nidation dans l'utérus près de l'ostium tuboé, peut se développer vers la trompe au lieu de rester dans la cavité utérine. L'Ecole Montpelliéraine se réservant de conclure, apportait donc une donnée nouvelle : une grossesse peut, au début de son évolution, présenter tous les symptômes d'une grossesse extra-utérine et malgré ce, évoluer par la suite normalement, en se terminant par un accouchement à terme.

A partir de ce moment-là, c'est à Paris que l'on trouve de nombreuses constatations analogues.

En février 1898, BAR a l'idée de la possibilité d'une fixation de l'œuf dans une corne utérine, cette nidation faisant la transition entre la grossesse intersticielle et la grossesse normale. La même année, son élève MERCIER, dans une communication à la Société d'Obstétrique de Paris et dans sa thèse inaugurale publie deux observations de rupture de l'utérus que nous pouvons rattacher à ce genre de grossesse : ce sont les deux premiers cas que nous trouvons dans la littérature.

Dans les années qui suivent, de nombreux auteurs étudient la question. BRAUN, en 1899, et surtout à la Société d'Obstétrique de Paris; de 1900 à 1903, BAR, MORTAGNE, de nouveau BAR, qui apporte un produit abortif de six semaines, BRINDEAU et SWAB; enfin c'est WASSI-

LIEF qui le 17 décembre 1903 au cours d'une discussion où il apporte de nouvelles observations donne à cette grossesse le nom de « grossesse angulaire ».

Nous revenons ensuite aux Montpelliérains avec PUECH (1904), qui inspire la thèse de VELLUET (1906). MAS, en 1906, soutient dans cette même Faculté sa thèse sur la délivrance dans la grossesse angulaire. Enfin, MOTHE, en 1909, fait une étude très complète de la question.

De nombreuses publications paraissent jusqu'en 1924 où BLOCH et MIRAILLE présentent avec pièces à la Société d'Anatomie de Paris une grossesse angulaire rompue.

Enfin, ritons en 1935, la revue générale faite par CONSTANT dans sa thèse inaugurale.

Actuellement on admet que le terme de grossesse angulaire doit être donné à toute grossesse résultant du développement de l'œuf qui s'est anormalement fixé sur la muqueuse de la corne (cornual prégnancy des auteurs anglais), partie intégrante de la cavité utérine, située dans le voisinage immédiat de l'ostium utérinum. et seules nous intéresseront dans cette étude les ruptures survenues au cours d'une telle grossesse.

ETIOLOGIE

La rupture de l'utérus grévide, dans le cas de grossesse angulaire, reconnaîtra comme causes favorisantes, celles de la grossesse angulaire d'une part, celles des ruptures utérines en général, d'autre part.

L'étiologie de la grossesse angulaire est assez obscure. Les causes invoquées sont d'ordre anatomique, physiologique et pathologique.

1. — D'ordre anatomique, nous avons les diverses malformations utérines ou plutôt dispositions spéciales de la corne utérine, qui peut revêtir un aspect en « croissant » ou en « antenne ». (MAUCCLAIRE) pouvant ainsi favoriser la nidation de l'œuf à ce niveau. De même les fibromes du fond, les polypes sous-muqueux peuvent gêner la progression de l'œuf.

2. — D'ordre physiologique, c'est l'étiologie de la grossesse extra-utérine, un peu modifiée qui est invoquée : arrêt de la progression de l'œuf, qui au lieu de se faire jusqu'à la trompe se fait dans la corne ; ou bien, au contraire, exagération de l'énergie vitale de l'ovule fécondé qui traverse l'utérus pour se fixer à la corne opposée de la trompe d'où il est venu (POORTEN et MOUTHNER) : sur 182 récidives de grossesses ectopiques, R. SMITH en a vu 11 dans le moignon tubaire laissé trop exubérant la première fois. De même la muqueuse utérine, congestionnée, mamelonnée forme un grand nombre de plis dont l'un peut donner asile à l'œuf (TARNIER).

3.— Enfin d'ordre pathologique la grande cause invoquée est l'endométrite; BAR, PUECH, COLL et l'Ecole Montpelliéraine montrant les analogies entre le placenta proevia et le placenta de la grossesse angulaire, ont attiré l'attention chez les antécédents des gestantes chez lesquelles on retrouve souvent des leucorrhées rebelles, avortements spontanés, hémorragies au cours de grossesses antérieures.

Dans l'étiologie des ruptures utérines, c'est l'altération des parois utérines qui est surtout invoquée. Parmi les principales causes qui pourront modifier ainsi l'utérus, nous retiendrons surtout :

1.— Les tumeurs : polypes, fibromes parenchymateux de la région angulaire, qui modifieront la vascularisation et les tuniques musculaires à ce niveau.

2.— les grossesses antérieures.

3.— les interventions chirurgicales dans la zone péri-utérine : annexites, pexies, etc.

4.— les curettages : en effet le curettage chirurgical poussé, avec recherche du cri utérin fragilise considérablement les parois utérines, surtout lorsque l'opérateur insiste au niveau des cornes.

De ces différentes données, nous ne pouvons pas déduire une cause très nette de la grossesse angulaire ni de la rupture utérine à cette occasion.

Cependant nous retiendrons :

les modifications des parois utérines, congénitales acquises ou chirurgicales,

l'endométrite.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Après la fécondation, la nidation de l'œuf va se produire dans la muqueuse utérine près de l'ostrium tubaé.

Quel va donc être le comportement de l'utérus vis-à-vis de cette implantation particulière ? Normalement, on observe des modifications de la structure de l'utérus au niveau de chacune de ses tuniques.

Le développement du péritoine ne nous intéresse pas ici et venons-en à la tunique musculaire :

Nous observons deux ordres de faits :

1) accroissement de volume des fibres cellulaires pré-existantes ;

2) néo-formation d'éléments musculaires qui souvent prennent un aspect strié ;

Pendant la grossesse nous avons pour le corps utérin trois couches de fibres :

a) couche musculaire externe, comprenant des fibres longitudinales externes (faisceau ansiforme de Hélié) et des fibres transversales ;

b) couche musculaire moyenne : c'est la couche des ligatures vivantes de Pinard, comprenant des fibres musculaires disposées en tous sens et entre-croisées, formant des anneaux qui constituent les parois des sinus.

c) couche musculaire interne : cette couche comprend deux faisceaux triangulaires dont le sommet se trouve à l'orifice interne du col, et la base, d'un ostium utérinum à l'autre ; des muscles orbiculaires décrivant autour de l'embouchure des trompes une série d'anneaux concentriques ; enfin un faisceau arciforme et des fibres transversales.

Ce sont ces faisceaux orbiculaires de la couche interne, qui, dans le cas de grossesse angulaire vont se développer considérablement de façon excentrique et donner cette impression de tumeur surajoutée. De plus à ce niveau-là, la paroi est très mince et si l'œuf greffé dans la corne ne peut poursuivre son expansion dans la cavité utérine, le segment angulaire se rompra, ne pouvant faire à lui seul, les frais de l'expansion exigée par le volume de plus en plus grand de l'œuf.

Du côté de la muqueuse, les modifications physiologiques de la grossesse seront aussi gênées : en effet dans la portion angulaire de la cavité utérine l'épaisseur de la muqueuse est réduite et ne permet pas la formation d'une caduque typique ; de même l'irrigation est insuffisante.

L'œuf sera donc insuffisamment nourri et les villosités, pour compenser cette infériorité auront tendance à creuser en étendue et en profondeur ; suivant la comparaison classique nous aurons un phénomène analogue à ce qui se passe dans la nature où un arbuste poussant sur un sol caillouteux étend ses racines en largeur au lieu de chercher sa nourriture dans la profondeur.

Cet accroissement se fera aux dépens de la musculature utérine, qui ainsi amincie pourra se rompre.

Ces données anatomiques et physiologiques nous expliquent quelques symptômes et complications de la grossesse angulaire, tels que : hémorragie par rupture de villosités, avortement par insuffisance de nutrition de l'œuf, et nous pouvons essayer d'en déduire les causes favorisant la rupture utérine.

Dans le cas le plus fréquent de rupture, au cours des premiers mois, le mécanisme se rapproche de celui de la grossesse tubaire ou de la grossesse intersticielle :

amincissement de la paroi au niveau du lieu de nidation de l'œuf, hyperplasie excentrique de la couche orbiculaire de la musculature interne ; enfin modifications de la tunique musculaire par les villosités.

Et c'est sous une influence minime que cet utérus ainsi fragilisé pourra se rompre.

SYMPTOMATOLOGIE

Dans les six observations que nous rapportons, aussi bien dans les deux anciennes que les quatre inédites, le diagnostic de grossesse angulaire n'avait pas été fait. C'est seulement après l'intervention que fut reconstitué le diagnostic exact.

Néanmoins, avant de présenter le tableau clinique de la femme qui vient de faire sa rupture utérine, nous croyons devoir rappeler en quoi consiste la grossesse angulaire.

Au point de vue clinique, les signes se manifesteront pendant les trois premiers mois de la grossesse, car pendant le quatrième la tumeur para-utérine s'intégrera avec le reste de l'utérus. A partir de ce moment-là, l'évolution sera celle d'une grossesse normale et la seule complication possible sera, au cours de la délivrance, l'enchatonnement du placenta.

Les chances de rupture utérine existeront d'ailleurs surtout pendant la période où les signes cliniques sont perceptibles.

La fréquence de la grossesse angulaire est assez discutée : BAR donne le chiffre de 10 %, COUVELAIRE, CATHALA soutiennent qu'elle est relativement rare, LAFONT en a compté 25 cas sur 800 grossesses examinées dans les trois premiers mois. Et voilà justement pourquoi les chiffres diffèrent tant. Il est très rare de voir les femmes se présenter à leur médecin ou à une consultation avant le quatrième mois de leur grossesse. Il est à

prévoir cependant, que depuis l'institution des rations supplémentaires allouées aux femmes enceintes par le Gouvernement du Maréchal, les praticiens verront des gestantes à un stade plus précoce et pourront ainsi voir beaucoup plus de grossesses angulaires.

C'est donc à l'occasion d'un examen systématique ou à l'occasion d'une complication dont les principales sont les hémorragies et la douleur, que le praticien va poser le diagnostic de grossesse angulaire.

Les signes dits « sympathiques » de la grossesse sont conservés : nausées, dégoûts, malaises ; de même l'aménorrhée ; certains petits signes objectifs, tels que la pigmentation (masque, ligne brune abdominale) les modifications des seins (hypertrophie, tubercules de Montgomery, réseau veineux superficiel) seront aussi présents. Enfin le diagnostic biologique de la grossesse donnera un résultat positif et l'étude de la prolanémie traduira l'existence d'un œuf vivant.

Mais en pratiquant le toucher combiné au palper, des signes nouveaux vont apparaître, que nous allons classer en signes négatifs et signes positifs.

Voyons tout d'abord les signes négatifs :

1° le col ne semble pas ramolli.

2° le corps utérin est légèrement dévié et on ne peut délimiter que l'un de ses angles ; de l'autre côté, le bord n'est pas perçu.

3° son volume ne correspond pas à l'âge de la grossesse et sa consistance reste dure, modifiée parfois au moment de l'exploration par une contraction qui accentue sa dureté.

4^o sa forme n'est pas modifiée, l'organe reste plat donc absence de signe de Noble dû à l'évasement du segment inférieur.

5^o pas de signe de Hegar, l'isthme reste indifférent à ce qui se passe dans la corne.

Les signes positifs seront tirés de la présence d'une masse latéro-utérine, confondue avec le bord et le fond de l'utérus.

Cette masse présentera les caractères suivants :

1^o son volume variera suivant l'âge de la grossesse, de celui d'une noix à celui d'un poing d'adulte.

2^o sa forme est variable, quelquefois arrondie en tête de brioche, souvent allongée, ayant tendance à tomber en avant, bombant dans le cul de sac correspondant.

3^o sa consistance sera souple, presque fluctuante, mais si l'utérus se contracte, les ondes de contraction pourront l'englober et elle deviendra à ce moment-là dure comme l'organe lui-même.

4^o la délimitation de la partie externe sera floue ; on recherchera, avec peu d'espoir d'ailleurs, le ligament rond, dont la présence à la partie externe est un signe pathognomique de la grossesse angulaire.

5^o du côté interne, la tumeur fait corps avec l'utérus. Entre les deux masses en mettant la malade en position de Trendelenburg, on peut trouver une dépression causant l'impression d'un sillon, mais il s'agit plutôt d'une zone de ramollissement donnant naissance au faux signe de Hegar, ou signe de Hegar élevé.

Voici donc quels sont les principaux signes de grossesse angulaire, qui, on le voit, ne pourront à eux seuls inciter la femme à consulter son médecin.

Le tableau sera tout à fait différent si au cours de cette évolution se produit la rupture de l'utérus : la scène sera dominée par un syndrome d'anémie aiguë créant un véritable drame abdominal.

Le début sera le plus souvent brutal : la femme ignorant sa grossesse, si la rupture est précoce ou croyant avoir une grossesse normale, sera prise d'une douleur brutale comparée à un coup de poignard (Obs. n° IV) entraînant une lipothymie (Obs. n° IV) ou même un évanouissement complet (Obs. n° I et n° VI). Aussitôt s'installe peu à peu un syndrome anémique, la malade est faible, à tendance lipothymique, cependant que les douleurs se renouvellent, soit espacées, soit subintrantes.

A ce moment-là l'examen nous donnera les données suivantes :

1° syndrome d'anémie :

le pouls est irrégulier, rapide, filant, le faciès est tiré décoloré, les narines pincées, la tension artérielle est très faible, souvent même impossible à prendre.

2° syndromes d'inondation péritonéale.

L'abdomen est douloureux presque uniformément ; de la région hypogastrique, la douleur s'est étendue progressivement à tout l'abdomen.

à la percussion on sent une matité décline, et au toucher combiné, l'utérus paraît flotter dans la cavité abdominale.

Notons tout de suite, à la palpation l'absence de contracture : l'abdomen est tendu par la masse sanguine, mais n'est pas contracturé, ce qui pour certains auteurs, serait un signe d'inondation péritonéale. Enfin

le toucher nous montrera un cul de sac de Douglas comblé et arrachera à la malade un cri de douleur : ce cri du Douglas signe l'épanchement sanguin ; de plus le toucher nous permettra d'apprécier la mollesse et le flou de la corne qui s'est rompue.

Ce qui caractérisera l'évolution de la grossesse angulaire rompue, c'est l'aggravation rapide des symptômes beaucoup plus grande que dans la rupture de grossesse ectopique. Les signes se rapprocheront le plus souvent de l'hémorragie cataclysmique (Obs. III, V. et VI). La temporisation ne pourra se faire qu'à grand renfort de médicaments hypertenseurs et antianémiques (Obs. IV).

DIAGNOSTIC

Dans le diagnostic, nous suivrons deux étapes :

1^o diagnostic de la grossesse angulaire, en dehors de sa rupture : examen systématique fortuit, ou complications (douleurs, hémorragies.).

2^o diagnostic de la rupture utérine au cours de la grossesse angulaire diagnostiquée ou non auparavant.

Le diagnostic de la grossesse angulaire est fait de nuances souvent plus théoriques que pratiques : c'est-dire sa difficulté. Trois cas peuvent se présenter : femme enceinte chez laquelle l'examen montre des signes de grossesse angulaire, gestante consultant pour des troubles et enfin gestante qui s'ignore.

I.— Dans le premier cas, c'est le diagnostic positif de la grossesse en général avec en plus, les signes particuliers que nous avons décrits dans le chapitre de la symptomatologie.

II.— Dans le deuxième cas, la femme se sachant enceinte viendra consulter pour des troubles dont les principaux seront les douleurs et les hémorragies.

Les douleurs se retrouveront dans toutes les grossesses angulaires compliquées et devront mettre le praticien en éveil, car nous la retrouverons dans plusieurs de nos observations, quelques jours avant la rupture (Obs. I et II).

Leurs caractères sont variables et leur siège, généralement du côté de la corne correspondante, peut varier, avec même des irradiations dans les membres inférieurs (PUECH) dans l'épaule (LAFFONT) ; l'intensité peut alier jusqu'à provoquer la lipothymie ; la cause en est probablement la distension de la corne gravidé. Le diagnostic de ces douleurs sera fait avec les différentes affections abdominales, appendicite, cholécystite, grâce aux signes de grossesse.

Les hémorragies constituent plutôt une complication qu'un signe de la grossesse angulaire et sont dues à un décollement partiel de l'œuf.

Elles sont peu abondantes (petite perte rosée ayant taché un linge dans l'observation n° IV), peuvent être franchement rouges, rosées ou même brunes, ce qui les distingue des hémorragies des grossesses extra-utérines qui sont presque toujours de teinte sépia et qui durent assez longtemps, faisant plutôt penser à la femme, à une prolongation qu'à une absence de règles.

Ces hémorragies seront plus souvent un signe précurseur d'avortement et commanderont un repos complet. Leur diagnostic devra être fait avec l'avortement et surtout avec la môle hydatiforme ; dans les cas douteux, l'étude de la prolanémie nous sera d'un grand service.

III.— Enfin, souvent nous nous trouverons en présence d'une gestante qui ignore son état et à ce moment-là nous devons éliminer successivement les fibromes utérins, les tumeurs de l'ovaire, les lésions des annexes et les grossesses extra-utérines.

Le diagnostic entre fibrome de la corne et grossesse angulaire est assez difficile et l'on a vu à plusieurs reprises opérer pour fibrome une femme présentant une grossesse angulaire ou au contraire en opérant une femme pour grossesse ectopique trouver un fibrome de la corne. De toute façon, en dehors de toute indication d'urgence, l'expectative doit être la règle et l'idée de la grossesse possible doit toujours empêcher le praticien de recourir à l'hystérométrie ; d'ailleurs l'évolution donnera la clé du problème, à moins qu'elle ne le complique puisque la coexistence du fibrome et de la grossesse angulaire est parfaitement possible.

2. — Avec le kyste de l'ovaire la confusion nécessite des conditions particulières, lateroversion de l'utérus gravide, ou kyste du ligament large ; là encore c'est l'évolution qui nous renseignera.

3. — Les annexites et surtout les salpingites kystiques pourront par l'irrégularité des règles, les douleurs, les nausées, faire errer un instant le diagnostic ; le pyosalpinx sera reconnu grâce à sa masse douloureuse bombant dans le Douglas, facilement dissociable de l'utérus ; l'annexite bacillaire par son polymorphisme et l'aménorrhée qu'elle provoque sera plus difficile à diagnostiquer.

4. — Enfin, et c'est là le plus délicat, il faudra éliminer les grossesses tubaires. C'est ici que nous retrouvons les nuances du toucher que nous avons évoquées en traçant la symptomatologie.

Dans la grossesse extra-utérine le kyste fœtal est séparé de l'utérus, et de plus l'insertion du ligament rond se trouve à sa partie interne ; mais en pratique ce sil-

lon de séparation est très difficile à mettre en évidence et le doigt trouve rarement la corde que forme le ligament rond ; enfin dans la grossesse intersticielle, l'énigme peut subsister, même à l'intervention (KREISS).

Un autre signe est donné par BAR qui assigne aux culs de sacs de Douglas les collections tubaires et aux culs de sacs latéraux les collections angulaires, en éliminant naturellement la rétrodéviatiôn de l'utérus grâvide.

Enfin un signe a une réelle valeur : c'est la contraction de la corne grâvide. Il arrive exceptionnellement d'ailleurs, qu'au cours de l'examen l'utérus se contracte : à ce moment là, la masse para-utérine est gagnée par les ondes contractiles et vient s'intégrer au corps utérin. Ce signe est pathognomonique de la grossesse angulaire et sa rareté a incité certains auteurs tels que BIDOIRE et SCHEBAT à le provoquer soit par léger massage utérin, soit surtout par la méthode de REEB, injection de 1/3 de cmc d'hypophise intra-veineux donnant 30 à 40 secondes après une contraction de l'utérus pendant 2 minutes.

Nous croyons cependant que le meilleur diagnostic sera celui fait par le temps ; en conservant la femme sous surveillance chirurgicale sérieuse en clinique ou maternité, nous pourrons ainsi suivre l'évolution ; dans le cas de grossesse angulaire nous verrons les signes disparaître et la grossesse se développer normalement ; s'il s'agit d'une grossesse tubaire nous serons dans les meilleures conditions pour intervenir.

Tous autres seront les réflexes du médecin appelé devant une femme présentant un syndrome abdominal aigu ; à ce moment-là il faut agir vite et la rigueur du diagnostic cédera la place à la discussion de l'indication opératoire.

Nous nous trouvons à ce moment-là en présence d'un véritable drame abdominal ; le diagnostic est à faire entre le syndrome abdominal par péritonite et le syndrome d'anémie aigüe par inondation péritonéale.

Dans le syndrome abdominal par péritonite, nous aurons surtout à éliminer les inflammations aigües et les perforations d'organes.

L'appendicite suraigüe avec ou sans perforation différera par la contracture étendue, le faciès péritonéal, les vomissements, et la douleur atroce au point de Mac Burney.

La cholécystite aigüe se verra le plus souvent chez une femme ayant eu auparavant des coliques hépatiques ; la douleur sera haute avec irradiation en ceinture, en bretelle, la vésicule sera quelquefois perceptible à la palpation.

La perforation d'ulcus gastro-duodéal, plus rare chez la femme que chez l'homme, surviendra aussi le plus souvent chez une malade ayant un passé digestif (périodes douloureuses cycliques) ; la douleur sera en coup de poignard, la matité hépatique aura disparu, nous aurons une contracture totale (ventre de bois), et l'examen radiologique montrera un croissant sus-hépatique, image de pneumo-péritoine.

Dans la pancréatite aigüe hémorragique, affection très rare, le ventre est ballonné, parfois contracturé, la douleur épigastrique est atroce et quelquefois la palpation permet de sentir à ce niveau une tuméfaction profonde.

L'infarctus du mesentère peut prêter à confusion par les signes d'hémorragie interne et la douleur abdominale vive du début, mais l'évolution aboutissant toujours à un syndrome d'occlusion permet de faire le diagnostic.

Enfin nous arrivons au diagnostic le plus important, celui de pelvi-péritonite, qui n'entraîne pas de sanctions opératoires d'urgence ; dans ce cas, le tableau sera dominé par les signes de péritonite : faciés tiré, contracture sous-ombilicale très nette, toucher très douloureux avec culs de sacs empâtés, mais le toucher du Douglas n'éveille pas la douleur typique que l'on a dans la rupture de grossesse angulaire ; la température est élevée le pouls est rapide, mais reste bien frappé.

Ayant éliminé ces différents diagnostics, nous nous trouvons en présence d'un syndrome d'anémie aigüe par inondation péritonéale : les signes positifs seront constitués par la petitesse du pouls, la pâleur des téguments, la tendance lipothimique de la malade et localement par un empâtement de l'abdomen, une douleur diffuse, de la matité dans les flancs, et au toucher le cri du Douglas. C'est toujours à une rupture de grossesse ectopique que l'on songera, car le diagnostic plus précis est impossible ; d'ailleurs de toute façon l'indication opératoire est formelle et c'est seulement à l'intervention que l'on découvrira qu'il s'agissait d'une rupture de l'utérus au cours d'une grossesse angulaire.

PRONOSTIC

Nous ne dirons que quelques mots du pronostic de la rupture de l'utérus dans la grossesse angulaire. La rareté de ce syndrome qui ne nous a permis de grouper que six observations, nous empêche d'établir une statistique.

— Nous devons néanmoins considérer cette éventualité comme très grave puisque sur les six cas que nous rapportons, il y eut quatre exitus : donc pronostic très sombre.

Abandonnée à elle-même cette affection entraîne automatiquement la mort de la malade par anémie aigüe. C'est pourquoi l'indication opératoire est formelle et l'intervention doit être pratiquée sans délai.

THÉRAPEUTIQUE

Le traitement est un traitement uniquement opératoire et consiste essentiellement à aller arrêter l'hémorragie causée par la rupture utérine. C'est une intervention d'extrême urgence qui sera pratiquée aussi vite que possible.

Si l'état de la malade le permet, on fera précéder l'intervention de manœuvres destinées à lutter contre l'état d'anémie aigüe ; si l'état de shock est trop prononcé, c'est pendant l'intervention elle-même que se fera ce traitement, qui d'ailleurs sera continué après.

I.— TRAITEMENT PRE-OPERATOIRE :

C'est le traitement du shock par hémorragie :

- 1) tonicardiaques habituels : camphrè, spartéine.
- 2) hypertenseurs : sérum adrénaliné, pressyl.
- 3) et surtout compléments de la masse sanguine tels que sérum adrénaliné, intra-veineux, transfusion de 150 à 400 grs. Dans un cas (Obs. IV) la transfusion fut même faite dans l'artère fémorale.

II.— INTERVENTION :

L'anesthésie sera la narcose à l'éther, la plus légère possible. Au point de vue opératoire c'est l'état des

lésions qui dicte le plus souvent la conduite à tenir. L'hystérectomie sub-totale ou totale sera pratiquée si l'on a une large brèche utérine et surtout s'il y a un début d'infection : l'intervention devra être faite le plus rapidement possible et on pourra terminer par un drainage à la Mikulicz (Obs. I).

La résection cunéiforme de la corne peut-être faite si nous avons affaire à une lésion limitée, non irradiée vers le corps de l'utérus, et si les chances d'infection sont minimales : il est à conseiller de laisser un drainage par tube ou lame de caoutchouc après avoir soigneusement vidé la cavité abdominale du sang épanché (Obs. III et VII). Enfin nous avons vu pratiquer deux fois la suture de l'utérus, qui demande comme condition une déchirure nette sans décollement péritonéal ni infection (MEZ, KLEIN). Il est utile de terminer par une épiplooplastie soigneuse, toujours après avoir étanché sang et caillots dont la présence augmente les risques d'infection. (Obs. IV).

III.— SOINS POST-OPERATOIRES :

Les soins post-opératoires seront la plupart du temps la répétition du traitement pré-opératoire et consisteront à lutter contre l'état de choc persistant. C'est à ce moment-là surtout que l'on pratiquera la transfusion, que l'aplatissement des veines par l'anémie et l'urgence opératoire n'auront pas permis de faire avant l'intervention.

Une grande persévérance sera de mise dans ces circonstances, car de ces manœuvres dépendra la plupart du temps la vie de la malade.

Nous pouvons en deux mots résumer le traitement : arrêter la source de l'hémorragie et lutter contre le shock.

CONCLUSIONS

1° La rupture de l'utérus au cours de la grossesse est une affection excessivement rare dont nous n'avons trouvé que six observations parmi lesquelles une seule absolument indiscutable. (Obs. I.)

2° Cette éventualité est d'une extrême gravité, puisque sur six cas, nous avons constaté quatre décès.

3° La rupture utérine se présente en ce cas sous la forme d'un syndrome d'anémie aigüe par inondation péritonéale et le diagnostic avec la rupture de grossesse extra-utérine est impossible.

4° Seul le dépistage précoce des grossesses angulaires peut permettre par une surveillance stricte, d'atténuer la rigueur du pronostic.

5° Seule l'intervention de toute urgence, combinée avec le traitement anti-choc, peut sauver la malade.

BIBLIOGRAPHIE

BAR P. — Note sur la greffe de l'œuf dans une corne utérine. (*Société d'Obstétrique*, 1903).

BAR P. et MERCIER A. — Rupture spontanée d'une corne utérine à la fin de la grossesse. (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1903).

BLOCH J.-C. et MIRAILLE — Grossesse angulaire rompue. (*Bulletin et Mémoires de la Société Anatomique de Paris*, 1924, XCIV, 383).

BONNAIRE — De la valeur de l'exploration du corps de l'utérus dans le diagnostic précoce.

C; LE DE CARRERA, R. BAILLE, BOURQUET — (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Montpellier*, 1932).

CONSTANT G. — De la grossesse angulaire (*Thèse*, Alger. 24 juin 1935).

LAPEYRE N. et J. PATOUNAS — (*Société des Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier et du Languedoc Méditerranéen*, juin 1942).

MERCIER A. — Les ruptures spontanées de l'utérus gravidé dans leurs rapports avec les grossesses inter-ticielles. (*Thèse*, Paris, 1908).

MONDOR H. — 'Diagnostics urgents. Abdomen.

MOTHE L. — De la grossesse angulaire. (*Thèse, Toulouse, 1909*).

PUECH — *Société de Médecine et de Chirurgie de Montpellier, (10 avril 1893)*.

PUECH — *Montpellier Médical, janvier 1904*.

RIBEMONT et DESAIGNES — *Traité d'Obstétrique*.

SCHEBAT et EZES — Deux cas de douleur élevée (scapulaire) apparue au début de grossesses angulaires.

TEDENAT — *Montpellier Médical, 8 mars 1893*.

VELLUET — La grossesse angulaire. (*Thèse, Montpellier 1906*).

VORNIERES J. — Contribution à l'étude des ruptures de l'utérus. (*Thèse, Paris, 1940*).

WASSILIEF — De la grossesse angulaire ; importance physiologique et pathologique. (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 1903*).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
EXPOSE DU PLAN	13
OBSERVATIONS	15
HISTORIQUE	27
ETIOLOGIE	31
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	33
SYMPTOMATOLOGIE	37
DIAGNOSTIC	43
PRONOSTIC	49
THERAPEUTIQUE	51
CONCLUSIONS	55
BIBLIOGRAPHIE	57

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je reste fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

**Contribution à l'Étude
des Ruptures de l'Utérus au cours
des grossesses angulaires**

par **Guy VERDIER.**

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 10 Juillet 1942

Le Professeur,
LAPEYRE.

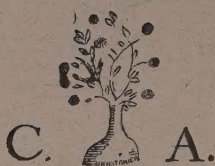
Vu :
Montpellier, le 11 Juillet 1942

Le Doyen,
G GIRAUD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 13 Juillet 1942

Pr le Recteur,
Le Doyen Délégué,
ASTRUC.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les
opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées
doivent être considérées comme propres à leur auteur ;
qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



EX TYPIS

CHASTANIER FRÈRES ET ALMÉRAS

NIMES — MCMXLII

